

**258. INFORME MENSUAL DE GESTION  
PROGRAMA DE URGENCIA SAPU LAS COMPAÑIAS**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Establecimiento      | SAPU LAS COMPAÑIAS   |
| Nombre Completo      | LILIANA VALOR FLORES |
| Rut:                 |                      |
| Profesión            | MEDICO               |
| Horas trabajadas     | 35 HRS               |
| a                    | N/A                  |
| Días licencia médica | N/A                  |
| Fecha Informe        | 30/06/2025           |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 677352 |
| Nº BOLETA    | 139    |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 01/06/2025            | 30/06/2025            |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Atención médica oportuna y eficiente.                                                                                      |
| 2  | Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.                                                                   |
| 3  | Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.                         |
| 4  | Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.                                                       |
| 5  | Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.                                                                |
| 6  | Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido. |
| 7  | Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.                                                         |
| 8  | Extender certificado de defunción cuando corresponda.                                                                      |
| 9  | Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.                            |

**DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica** de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|                                                                            |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director CESFAM                        |
| Nombre: LILIANA VALOR FLORES<br>Rut:                                       | Nombre: Carolina Troncoso Checcón<br>Rut: Kinesióloga |

|                                                    |                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa               | Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud |
| Nombre: Daniela Bastías González<br>Rut: Enfermera | Nombre:<br>Rut:                     |